FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1930

THÈSE

N° 110

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DEFAIX LOUIS-MARIE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bizerte (Tunisie), le 31 Mars 1903

DE LA RÉTENTION D'URINE

AU COURS DE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

D. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DEFAIX Louis-Marie

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Bizerte (Tunisie), le 31 Mars 1903

DE LA RÉTENTION D'URINE

AU COURS DE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOURE	Pathologie chirurgic.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

74181

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adul tes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émise dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A qui je dois tout.

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur Fernand BEZANÇON

Médecin de l'Hopital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

M. le Docteur Léon TIXIER

Médecin de l'Hopital de la Charité

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant et tenons a l'assurer de notre vive gratitude.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE GRENOBLE

M. le Professeur PERRIOL (*in memoriam*)

M. le Professeur R. PORTE

MM. les Docteurs BONNIOT, BÜTTERLIN, LAMY, PEYRIN, F. SAPPEY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

1926 : M. le Docteur RIST.
1927 : M. le Docteur L. TIXIER.
1928 : M. le Professeur TEISSIER.
1929 : M. le Docteur JACOB.

Avant-Propos

Si la rétention d'urine au cours de la fièvre typhoïde, signalée par les classiques, est bien connue des cliniciens, elle n'en est pas moins rare.

Au point de vue anatomique, la fièvre typhoïde n'a pas sur la vessie de manifestations spéciales. Sur un grand nombre d'autopsies de typhiques, Louis ne mentionne que : « six cas où la muqueuse était plus ou moins injectée ; deux cas où la vessie était un peu moins ferme que dans l'état normal, sans trace d'aucune autre lésion ; un seul où il y avait une petite ulcération près du méat urinaire. La vessie était dans l'état naturel dans la presque totalité des cas ».

Cliniquement, ce n'est que dans des cas très graves, exceptionnels, qu'on a pu observer une exagération de la fièvre, de l'adynamie, des douleurs dans la région vésicale et de la dysurie.

Notre attention a été attirée, sur la rétention, au cours de la fièvre typhoïde, dans le service de M. le

Docteur Tixier, médecin de l'Hôpital de la Charité, à qui nous devons le sujet de ce modeste travail, que légitime le peu de fréquence de ces observations.

CHAPITRE I

Historique. - Fréquence Date d'Apparition. - Durée Causes Favorisantes

Les anciens auteurs n'ont pas été sans remarquer les difficultés de la miction au cours de la fièvre typhoïde.

En 1829, Louis, et, en 1834, Chomel consacraient à la rétention un chapitre spécial.

En 1841, Grisolle enseignait « qu'il faut souvent explorer la région hypogastrique par le palper et la percussion pour s'assurer que l'organe n'est pas distendu par l'urine ».

Jaccoud en rapporte dans ses cliniques une intéressante observation.

A l'exemple de Trousseau, tous les cliniciens modernes n'omettent jamais de la signaler, bien qu'à titre de rareté.

Fréquence

Il faudrait, de parti pris, à chaque examen, palper la vessie du malade, se faire rendre un compte minutieux du nombre de ses mictions, de leur facilité, difficulté, de la quantité d'urine éliminée.

Ces précautions étant toujours prises peut-être serait-on surpris du nombre beaucoup plus grand de malades chez lesquels la fièvre typhoïde a causé une répercussion sur la vessie.

Epoque d'apparition

La rétention est de toutes les périodes et de toutes les formes de la fièvre typhoïde.

Elle se voit aussi bien au cours d'une typhoïde de moyenne gravité, comme c'est le cas de la première de nos observations, qu'au cours d'une forme grave, terminée par la mort, comme celle que Jaccoud rapporte dans ses cliniques.

Etant donné le nombre restreint d'observations sur lequel porte notre étude, il est impossible de donner des conclusions sur le sexe le plus spécialement affecté, ou de dire lesquels sont le plus souvent atteints des adultes ou des adolescents.

Nous ne savons si elle a été signalée au cours de la convalescence. Cependant, elle peut se retrouver isolée à titre d'épiphenomène au cours d'autres paralysies. « Dans presque toutes les observations de paralysie généralisée, de paraplégie et même dans l'hé-

mîplégie consécutive à la fièvre typhoïde, dit Landouzy, on note des troubles importants de la vessie ».

Durée de la rétention

Elle est courte en général. Dans le cas rapporté dans notre première observation, cette rétention n'a été que passagère, d'une durée de cinq à six jours de même dans la forme décrite par Jaccoud, elle fut du même laps de temps et se termina alors par la mort.

Formes de fièvre typhoïde dans lesquelles on l'observe

C'est au cours de toutes les formes bénignes, normales, moyennement graves.

« Soit que la stupeur du malade supprime les sensations du besoin de l'évacuation ; soit que les sphincters soient paralysés, on peut observer, dit Jaccoud, en même temps que les matières sont rendues involontairement, soit l'incontinence d'urine soit la rétention partielle on complète par suite de l'inertie des muscles expulseurs. »

Ce serait surtout dans les deuxième et troisième septenaires, où l'état typhoïde est plus prononcé qu'on verrait le plus souvent apparaître la rétention. On la rencontrerait dans les formes adynamiques, en même temps qu'une stupeur profonde et

persistante, une mollesse remarquable du pouls, de l'insomnie, du délire tranquille, de la carphologie, de la surdité, des accidents divers de paralysie. Dans les formes ataxiques également où elle s'accompagne de délire violent, d'agitation, de soubresauts des tendons.

Ces phénomènes d'excitation nerveuse peuvent se grouper sans qu'une myélite ou une méningite spinale en soient l'origine, comme l'ont démontré les autopsies. Ils donnent alors un aspect spécial qui a fait décrire à Fritz une forme spinale de fièvre typhoïde. Elle se caractérise par des douleurs rachialgiques gênant parfois les mouvements de la tête et du cou et amenant une sensation de raideur spéciale et une hyperesthésie surtout spinale ; par des symptômes spasmodiques, contractures des extrémités, accidents tétaniformes ; par des symptômes paralytiques, engourdissements des extrémités, paraplégies, paralysie incomplète des muscles respiratoires ; par des symptômes bulbaires : dyspnée extrême, spasme du larynx et du pharynx. Qu'il y ait prédominance des signes de paralysie ou de contracture ; que les centres vésicaux de la moelle aient été inhibés ou non, les évacuations intestinales et vésicales sont dans cette forme souvent compromises. Le spasme peut entraîner de la dysurie, ou même de la rétention, la paralysie peut frapper les muscles de la vessie et amener consécutivement la distension.

Mais les formes de fièvre typhoïde dans lesquelles on la rencontre ne sont pas, le plus souvent, aussi

graves. Si nous avons trouvé un exemple de rétention d'urine dans la forme ataxo-adynamique de Jaccoud, ceux de nos autres observations sont tirés de formes de typhoïde de moyenne gravité et de typhoïdes bénignes.

Role des lésions anciennes de l'appareil vésical

A priori des maladies antérieures de l'urètre et de la vessie pourraient rendre compte de cette susceptibilité particulière. Mais dans la plupart de nos observations : ni les antécédents, ni les examens de malades n'ont permis de relever une lésion urétro-vésicale quelconque.

Action possible exercée par les ébranlements nerveux.

Divers auteurs ont incriminé :

La fatigue occasionnée par le transport des malade, qui, dans l'état de faiblesse, de prostration dans lequel se trouvent certains de ces typhiques, a pu constituer un véritable surmenage.

CHAPITRE II

Symptômes et Evolution

Chez le malade qui fait le sujet de notre première observation, la rétention s'est produite d'emblée, sans aucune miction douloureuse antérieurement. On a cependant signalé une catégorie d'incontinence au cours de la fièvre typhoïde, avec mictions involontaires, qui ne seraient autres que des mictions par regorgement, dissimulant une rétention incomplète. Le globe vésical reste distendu, comme on peut s'en assurer par la palpation et la percussion. Et même dans la rétention complète ces mictions ne seraient pas toujours involontaires. Elles peuvent, quoique plus rarement se faire spontanément et donner l'illusion de mictions normales.

Ainsi pour prévenir la rétention il faut tenir compte de la quantité d'urine qu'on peut mesurer chaque jour, mais surtout il aurait fallu chez no-

tre premier malade surveiller d'une façon systématique la vessie.

La rétention aurait ainsi pu être dépistée, malgré la quantité sensiblement normale d'urine éliminée par le malade : symptôme, qui d'ailleurs a détourné l'attention, de l'examen vésical.

De plus, nous n'avons observé aucun signe fonctionnel au cours de ces rétentions. Jamais de ces mouvements de mains plus ou moins expressifs, de ces gestes esquissés que nous avons vu maintes fois chez certains malades, même dans le coma ou au cours de certaines méningites bientôt mortelles, quand leur vessie se distend outre mesure, mouvements qui sont d'ailleurs d'observation courante.

Il n'y avait pas de sensation de plénitude, de tension pénible causée par la vessie ; par exemple notre premier malade s'est seulement plaint qu'il n'avait pas éprouvé le besoin d'uriner depuis la veille, phénomène qui lui paraissait anormal.

De même, ce n'est pas sur les signes généraux que le diagnostic aurait pu être posé :

Dans les jours qui précédèrent la rétention, la température était sensiblement normale et le malade ne présentait aucune des manifestations de l'intoxication produite par la rétention anormale de l'urine : prostation, abattement, stupeur ou au contraire : agitation, délire, de même que les signes gastro-intestinaux. Ces derniers sont en effet des symptômes trop essentiels de l'intoxication typhique, pour que leur constatation ait, à ce point de vue, une grande valeur diagnostique.

Mais à défaut de ces signes fonctionnels et généraux, les signes physiques demeurent.

L'appréciation par la percussion et la palpation du globe vésical, de la saillie mate et arrondie, qu'il forme a été facile à mettre en évidence même les premiers jours où parfois la rétention s'est établie avec un gros météorisme abdominal. Nous avons pu suivre la marche de la rétention, juger si le cathétérisme s'imposait, et même en un cas exceptionnel la ponction vésicale.

Celle-ci a dû être pratiquée, chez le malade qui fait le sujet de notre première observation. Alors que les trois premiers jours la sonde passait facilement ; le quatrième jour le cathétérisme fut impossible, on eût recours à la ponction évacuatrice.

Evolution.

D'une façon générale, les divers malades dont nous rapportons les observations présentèrent une rétention d'une durée moyenne de cinq à six jours et dans les jours qui suivirent celle-ci on nota une polyurie assez nette. La rétention ne semble avoir influencé en rien l'allure générale de l'affection.

Nous n'avons pas retrouvé de cas de rétention, au cours de la convalescence de fièvre typhoïde, mais nous avons déjà déjà signalé que Trousseau et d'autres auteurs en avaient cités.

CHAPITRE

Diagnostic et Pronostic

Le diagnostic positif, le seul qui soit difficile, et encore au cours d'une typhoïde grave, lorsqu'il y a doute entre l'anurie et la rétention, est tranché par le cathétérisme, qui a priori est loin de s'imposer.

Il est facile dans la plupart des cas.

Nous avons noté précédemment le peu de valeur des signes fonctionnels et généraux. Bien rarement, les malades atteints, dans les jours qui précèdent la rétention auront attiré l'attention, par exemple, sur l'insuffisance de leurs mictions ou leur rareté.

Chez notre premier malade la rétention fut pour nous une trouvaille, car la quantité d'urine émise par vingt-quatre heures paraissait suffisante, jusqu'à l'apparition de la rétention complète.

Au passage, nous signalerons encore l'importance qu'il y a dans toute incontinence survenant au cours de la fièvre typhoïde, à rechercher une réten-

tion incomplète possible. « Ces incontinences sont fréquentes, un cinquième des cas, dit Trousseau, mais elles n'ont pas toutes la même valeur ». Il faut d'autre part se méfier des fausses incontinences, dues à l'état d'affaiblissement intellectuel, à la paresse du malade.

Pronostic.

Dans les cas favorables bénins le danger de la rétention n'est pas grand, car sa durée est courte, le remède apporté à temps, par conséquent aucun symptôme d'intoxication n'a le temps d'apparaître.

Cependant, on a cité des cas où la rétention se prolongeant, l'infection vésicale apparaîtrait. La cystite, d'ailleurs ainsi produite, serait d'ailleurs beaucoup plus rare que celle qui résulte d'un cathétérisme évacuateur mal fait.

Le pronostic de la rétention en général, par rapport à la gravité de la fièvre typhoïde, serait intéressant à connaître.

Mais nous devons dire que les données, sur ce point, manquent.

Si, dans certains cas, la rétention est symptomatique d'un état adynamique grave, souvent suivi de mort, il est loin d'en être toujours ainsi. Sur vingt-trois cas mortels. Jenner, cité par Marchison dans son traité de la fièvre typhoïde, ne l'a observée qu'une fois.

La rétention est apparue dans toutes les formes : légère, moyenne, mortelle de fièvre typhoïde et l'opinion de Gaussail disant que « la rétention d'urine, si grave, est liée à la paralysie de la vessie et ne s'observe guère que lorsque les symptômes cérébraux sont portés à un haut degré » n'est pas rigoureusement exacte. Signalons, cependant, le fait publié par Jaccoud, où cette rétention survenue d'une façon précoce eut lieu au cours d'une fièvre grave à terminaison fatale rapide.

Il n'en reste pas moins que la rétention d'urine ne semble pas avoir de rapport avec le plus ou moins de gravité de la fièvre typhoïde elle-même.

Pathogénie.

Nous ne pouvons évidemment que donner un simple aperçu de la pathogénie de cette rétention au cours de la fièvre typhoïde.

La miction physiologique, comme l'on sait, résulte d'un acte dont le point de départ est dans la vessie.

Ce dernier provoque d'une part : la contraction du muscle vésical ;

D'autre part, l'inhibition du sphincter externe strié. La tonicité du sphincter lisse n'est pas suffisante pour résister seule à la pression.

Quand il n'y a pas d'obstacle mécanique suffisant pour arrêter le cours de l'urine, la rétention peut dépendre :

Soit de troubles du système nerveux ;

Soit d'altérations vésicales.

Ces troubles du système nerveux peuvent consister en lésions des centres et des conducteurs.

M. Von Frankl-Hochwart distingue : un centre spinal correspondant aux troisième et quatrième sacrées ; des centres sous-spinaux dans le ganglion mésentérique inférieur et peut-être dans l'appareil nerveux intra-vésical.

La paralysie vésicale serait relativement fréquente, dans la fièvre typhoïde, mais ce n'est là qu'une supposition. La pathogénie de cette rétention est un peu obscure et hypothétique, car les vérifications n'ont pu avoir lieu.

On peut cependant admettre une origine médullaire, pour certaines typhoïdes à tendance paraplégique. Tels étaient les cas de deux de nos malades, chez lesquels nous avons trouvé une certaine excitabilité nerveuse anormale d'ailleurs passagère avec :

Exagération des réflexes rotuliens, polycinétiques ; trépidation épileptoïde du pied.

D'ailleurs, ces notions de paralysie et de contracture n'ont, il est vrai, rien de spécial à la fièvre typhoïde.

Nous ne ferons que signaler les lésions des conducteurs ou névrites, qui sembleraient probables pour certaines typhoïdes, mais nous n'en avons pas rencontré de cas.

Certes, des prédispositions individuelles ou héréditaires, qui ne sont pour nous que de simples hy-

pothèses, doivent contribuer pour une part à leur production.

Les antécédents urinaires des sujets, les altérations de la vessie et de l'urètre doivent également entrer en ligne de compte. Cependant, chez la plupart de nos malades, nous n'avons relevé aucune de ces causes prédisposantes.

Quant à l'explication de cette rétention, il faut la chercher parmi les théories sur les rétentions d'urine sans obstacle mécanique et sans lésions vésicales : nous ne nous étendrons pas sur ce chapitre, elles seraient dues soit au spasme vésical, soit au contraire à l'inhibition vésicale.

Nous venons de rapidement énumérer les causes dépendant de troubles du système nerveux.

Mais aussi cette rétention pourrait être due à des causes locales : altérations vésicales ou cystites. La rétention s'expliquerait par le spasme volontaire ou réflexe. Mais nous devons dire que si la bacilluric de la fièvre typhoïde ou éberthurie est le type des bactériuries qui s'observent au cours des maladies infectieuses, par contre il n'a guère été cité que quelques cas de cystites à bacilles d'Eberth.

En dehors de ces deux causes principales : troubles du système nerveux et altérations vésicales, et dont la seconde paraît ne devoir qu'exceptionnellement être invoquée, on a pu voir des rétentions pour lesquelles il n'a été proposé aucune explication vraiment satisfaisante. On a incriminé le lobe moyen de la prostate, la congestion prostatique

comme causes prédisposantes, et parfois comme causes réelles des lésions de voisinage.

On sait la fréquence de ces manifestations de rétention dans les affections du rectum, surtout dans les affections douloureuses.

Pourquoi, dans la fièvre typhoïde, une ulcération comme on en trouve parfois dans le rectum même ne serait-elle pas suffisante pour produire cette irritation à distance.

Sans insister plus sur ce chapitre de pathogénie, nous pouvons conclure vraisemblablement que la raison de ces manifestations de contracture et de paralysie urétro-vésicales doit être recherchée tout d'abord dans les antécédents personnels pathologiques du sujet, qui mettent la vessie en état de moindre résistance et expliqueraient parfois l'apparition des troubles du système nerveux, cause principale de cette rétention.

D'autre part, nous avons vu que la cystite est extrêmement rare, et ne saurait être retenue comme cause que dans des cas exceptionnels.

Enfin, les lésions rectales voisines ne sont peut-être pas sans avoir de retentissement vésical.

Traitement.

Il consistera tout d'abord à éviter l'installation de la rétention en combattant le spasme par :

Des compresses mises à demeure sur la région hypogastrique ;

L'administration d'opiacés, quand ils ne sont pas contre-indiqués ;

Lavements laudanisés surtout.

La rétention installée, cette complication est en général passagère.

Le traitement médical consistera en injections de pilocarpine ou de pituitrine.

On a pu préconiser l'emploi de la pilocarpine dans les rétentions sans obstacle mécanique et sans lésions vésicales, au cours des infections dont la fièvre typhoïde occupe le premier plan. L'injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine, à la dose moyenne utile et suffisante, est de un centigramme par injection et par jour. Les résultats sont presque immédiats et souvent durables, habituellement après une seule injection. Elle permettra d'éviter le sondage.

De même, l'injection d'un à deux centimètres cubes de pituitrine après trente ou quarante minutes peut provoquer une miction facile. La pituitrine conserverait son action très longtemps sur la vessie; aussi, si la miction ne se produit pas, doit-on attendre plusieurs heures avant de faire une nouvelle injection.

Si le traitement médical, seul mis en œuvre, ne suffit pas on pourra durant quelque temps sonder le malade : deux fois par jour d'une manière rigoureusement aseptique.

Ce n'est que si l'amélioration ne survient pas ; le spasme de l'urèthre, rendant le passage de la sonde long, douloureux et difficile, qu'il sera indiqué de recourir à la sonde à demeure.

Au cas exceptionnel d'impossibilité de sonder, on sera amené à faire, comme chez notre malade une ponction de la vessie. Cette pratique ne devra être considérée que comme un traitement de nécessité.

Observations

OBSERVATION

(Duè à l'obligeance de MM. Masson, interne ; et Francez, externe ; hôpital de la Charité ; service de M. le Docteur Tixier).

M..., manœuvre, âgé de vingt-huit ans, est entré à la Charité, le 29 octobre 1929, dans le service de M. le Docteur Tixier.

Par l'interrogatoire du malade on a appris que le début de l'affection remontait à une dizaine de jours, avant l'admission à l'hôpital et s'était accompagné de malaise général, fatigue, sueurs profuses, sans aucune céphalée, aucune épistaxis, sans insomnie.

Le malade s'est mis en repos trois à quatre jours, et a voulu reprendre son travail au bout de ce délai, mais a été obligé de l'interrompre aussitôt, car il fut atteint d'asthénie marquée, de céphalée, de sueurs profuses persistantes.

A son entrée à l'hôpital :

Sa température est à 37°8, mais dès le lendemain elle subit une ascension à 39° et par échelons atteint en 3 jours 40°. Elle restera ainsi en plateau du 2 au 16 novembre.

Le 29 octobre : onzième jour de la maladie, on ne note ni troubles gastro-intestinaux, ni douleurs abdomi-

nales, seulement quelques gargouillements au niveau de la fosse iliaque droite.

En présence de :

la température progressivement ascendante, d'un pouls dissocié, des courbatures, de la fatigue, du ballonnement de l'abdomen, d'une rate légèrement percutable, de quelques taches rosées, on pense à une fièvre typhoïde et l'on fait une hémoculture qui reste négative.

Le 5 novembre : dix-septième jour de l'affection :

La fièvre est en plateau à 40° depuis 3 jours mais le malade n'est pas prostré, il présente une asthénie marquée, une langue saburrale, sèche.

L'examen montre :

Une rate légèrement percutable, des taches rosées nettes, mais discrètes. Un ventre ballonné, douloureux à la palpation, qui révèle quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes. L'auscultation du cœur permet d'entendre des bruits réguliers mais un peu sourds. Le pouls n'est ni dissocié, ni dicrote. T A = 11-6.

L'auscultation pulmonaire révèle quelques râles disséminés, surtout à droite.

Le malade se plaint d'un point de côté — il ne présente aucune dyspnée.

Une nouvelle et dernière hémoculture le 4 novembre (dix-huitième jour de la maladie) est négative.

Un séro-diagnostic aux T. A. B. se montre positif au paratyphique B au 1/200.

Le 8 novembre, on décide l'essai d'un traitement par le vaccin anti-T. A. B. Grémy. Quatre injections : la première de 1/4 cc., les 3 autres de $\frac{1}{2}$ cc., faites respectivement de deux en deux jours ne semblent pas avoir amélioré l'état général du malade.

La température s'est maintenue en plateau du 2 au 16 novembre.

Il faut signaler ici que la courbe urinaire s'était maintenue sensiblement normale pendant la durée de l'affection, jusqu'au 12 novembre.

Du 12 au 18 novembre : il y a eu une élimination moyenne de 500 cc. d'urine, mais sans aucun trouble vésical.

Le 17 novembre : on note une chute de la température de 40° à 38° après une descente en lysis du 15 au 17.

Ce n'est que le 20 novembre, que le malade signale qu'il n'a pas uriné depuis la veille, 19. Il n'a pas éprouvé le besoin d'uriner, et n'a pas eu de douleurs vésicales. *A ce moment-là*, on avait observé : un météorisme abdominal net, avec sonorité préhépatique, une légère douleur, mais pas d'arrêt de matières et des gaz, pas de chute de température. Le malade ne présentait pas d'aggravation nette de l'état général pouvant faire penser à une hémorragie ou à une perforation intestinales, ayant pu par réflexe déterminer une rétention urinaire.

L'examen du malade révéla un globe vésical net, à la palpation et à la percussion.

D'autre part, on mit en évidence des réflexes rotuliens et achilléens exagérés polycinétiques : phénomène qui ne s'est produit que passagèrement, durant 24 à 48 heures. Le malade ne présente pas de signe de Babinsky, mais une ébauche de trépidation épileptoïde.

Le premier cathétérisme uréthral ramène 700 cc. d'urine.

Les jours suivants, les 2,° 3°, 4° sondages font écouler respectivement 500, 600 et 750 centimètres cubes d'urine.

On doit signaler que ces sondages, faciles au début, sont devenus par la suite plus difficiles. Le cinquième

jour, pour une cause indéterminée, il a été impossible de cathétériser l'urèthre. L'interne de garde appelé n'a pu sonder le malade, et a fait une ponction de la vessie qui a permis de vider celle-ci de 850 cc. d'urine.

Pendant la durée de cette rétention : la température du 22 au 28 novembre n'a pas subi d'élévation, est restée entre 37° et 37°8, ce qui éliminerait l'hypothèse d'abcès subaigu de la prostate, quoiqu'un toucher rectal, pratiqué après la ponction de la vessie, ait révélé une légère douleur prostatique, sans augmentation sensible du volume de la glande. Ce toucher ne peut avoir une valeur diagnostique bien grande, car il fut fait après la série des cathétérismes. Ces derniers, devenus, les troisième et quatrième jours, difficiles, ont pu provoquer une légère infection locale.

Après cette ponction vésicale (24 novembre) : le volume des urines passe de 500 cc. le lendemain, à un litre et demi, deux litres, les six jours suivants (24-30 novembre). Ces urines furent émises normalement, sans aucune douleur et par la suite on ne fut plus obligé de recourir au cathétérisme.

Avant de reconnaître pour cause de cette rétention, la typhoïde il fallait toutefois éliminer quelques lésions, locales ou générales :

l'hypertrophie prostatique ne pouvait guère être invoque chez ce sujet jeune de vingt-huit ans.

Nous avons vu plus haut ce qu'on devait penser, d'une congestion ou d'un abcès subaigu prostatiques.

Un rétrécissement, d'origine traumatique ou plutôt de nature blennorragique, eût pu déterminer cette rétention. Mais le malade paraissant de bonne foi, a nié tout antécédent de cet ordre ; les premiers cathétérismes qui furent faciles, sont une preuve de l'inexistence d'un rétrécissement uréthral.

D'autre part, on pourrait rechercher une cause d'ordre général, et en particulier la spécificité ; mais rien dans les antécédents, ni l'examen du malade ne pouvait faire supposer un tabès incipiens.

L'examen des urines prélevées par ponction de la vessie ne montra pas plus après ensemencement qu'à l'exament direct de bacilles d'Eberth.

OBSERVATION II

Fièvre typhoïde assez bénigne. Apparition brusque de la rétention après un transport un peu long en voiture. Réflexes exagérés. Trépidation épileptoïde. Aucun passé génital ou urinaire.

R..., 26 ans, domestique, entre à l'hôpital le 19 août.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle-même a toujours été bien portante, réglée régulièrement. Elle n'a eu aucune affection génitale.

Une huitaine de jours avant son arrivée, elle présenta des courbatures, de la céphalée, mais pas d'épistaxis, pas de douleurs abdominales. Elle était plutôt constipée.

Dès le début de sa fièvre typhoïde, elle urina toujours bien régulièrement.

Le soir même de son arrivée, après le transport en voiture d'ambulance de la banlieue où elle habitait jusque dans le service, elle est prise brusquement d'une impossibilité d'uriner.

On retire par le cathétérisme un litre d'urine. Pendant cinq jours de suite, jusqu'au 24 août, on est obligé de la sonder deux fois par jour.

Les urines étaient foncées au début, leur quantité était de deux litres environ par vingt-quatre heures, elles de-

vinrent plus claires par la suite. Pendant la période de rétention, la possibilité d'uriner fut totalement supprimée.

21 août : Séro-diagnostic positif.

22 août : application de compresses chaudes sur la région hypogastrique.

23 août : apparition de taches rosées.

24 août : Après deux jours d'application de compresses, la malade rend spontanément un peu d'urine.

Depuis lors, il n'est plus besoin de la sonder. Elle éprouve nettement le besoin d'uriner.

26 août : réflexes patellaires nettement exagérés. Trépidation épileptoïde provoquée par la simple flexion du pied sur la jambe.

28 août : persistance de l'extrême exagération des réflexes. Plus de distension vésicale.

Sans autre complication qu'une légère albuminurie transitoire, la maladie suit son cours normal. Les mictions redeviennent peu à peu régulières, et le 14 septembre la malade sort guérie.

OBSERVATION III

Fièvre typhoïde bénigne chez un enfant de quatorze ans et demi. Rétention complète. Spasme urétro-vésical. Aucun antécédent urinaire ou génital.

T..., quatorze ans et demi, apprenti tapissier, entre à l'hôpital le 31 septembre.

Il était mal à l'aise depuis une huitaine de jours, alité depuis cinq jours.

Epistaxis, grosse rate, taches rosées. Séro-diagnostic positif. Température : 40°. Pouls 85.

Le sixième ou septième jour, il est pris brusquement de rétention complète.

Malgré le besoin qu'il éprouve, il lui est impossible d'émettre la moindre goutte d'urine. On décide alors de le sonder. La sonde passe avec difficulté, en raison du spasme urétral. Mais à peine introduite, elle est rejetée, le malade urine alors librement et remplit son urinal.

On le sonde ainsi pendant 2 jours, deux fois chaque jour. Puis la rétention céda.

Ces faits ne se reproduisirent plus dans la suite et après une hyperthermie qui dura une vingtaine de jours, la fièvre typhoïde, qui d'ailleurs ne s'était nullement compliquée, fut guérie le 9 novembre.

OBSERVATION IV

Nous ne citons cette observation que pour montrer qu'un malade atteint de blennorragies antérieures ayant lésé le système urétro-vésical, n'a pas pour cela, malgré ce fait prédisposant, présenté de rétention au cours de sa fièvre typhoïde.

Fièvre typhoïde assez bénigne. Blennorragies antérieures. La dernière, complètement guérie quelques semaines avant, au dire du malade, réapparaît pendant la fièvre actuelle. Aucun trouble urinaire. Pas de rétention.

R..., 35 ans, entre à l'hôpital le 10 octobre.

La fièvre typhoïde, assez légère, suit son cours normal. Le huitième jour de la maladie confirmée : diar-

rhée, grosse rate, langue rôtie. Séro-diagnostic positif. Il sortit en pleine convalescence au bout d'un mois.

Nous devons signaler que le seul point intéressant de cette observation est celui-ci :

Le malade a eu cinq blennorragies : la première à dix-huit ans, puis il eut à vingt-et-un, vingt-cinq et vingt-huit ans ce qu'il appelait des « retours » de ce premier écoulement.

Chacun d'eux demandait environ deux mois de soins. Il pratiqua des injections de substances diverses.

La cinquième blennorragie précédait de quelques semaines la fièvre actuelle.

Elle avait été traitée par de grands lavages au permanganate de potasse, assez mal tolérés d'ailleurs. Ils occasionnaient, dit le malade, des douleurs « au col de la vessie ». Aucune trace de pus ne fut constatée avant l'entrée du malade dans le service.

Au bout de peu de temps cependant, apparut une goutte urétrale jaunâtre qui devint bientôt un véritable écoulement permanent et abondant, avec tous les caractères d'un écoulement blennorragique et dans lequel on constata au microscope de nombreux gonocoques intra et extra-cellulaires.

Le malade n'eut cependant à aucun moment de difficulté pour la miction.

L'écoulement était absolument indolore.

OBSERVATION V

(*Jaccoud, in Clinique de la Pitié 1886-7, p. 22*)

Jeune fille de vingt-deux ans, obèse et de mauvais terrain organique, malade depuis quelques jours, alitée depuis trois jours.

A l'arrivée : température élevée, abattement, céphalée, langue saburrale, diarrhée, rate augmentée de volume.

Le lendemain : pas encore de taches rosées, l'urine était rare et trouble, contenait une proportion considérable d'albumine et de cylindres épithéliaux.

A partir du cinquième jour de la maladie, une rétention complète d'urine s'installe, nécessitant matin et soir ; emploi de la sonde. « Lorsque ce phénomène survient vers le troisième septenaire d'une fièvre typhoïde adynamique, il n'a pas par lui-même une signification pronostique fâcheuse ; mais s'il se montre comme ici vers le cinquième ou le sixième jour, il dénote une perturbation anormalement précoce du système nerveux et il impose par lui seul un pronostic grave « dit Jaccoud ».

Dans la suite, la température resta au-dessus de 40° : le sixième jour, apparaît une prostration complète ; tous les signes extérieurs de l'état typhoïde sont en plein développement.

La gravité incontestable de la situation tient uniquement à la gravité de l'infection générale, et à l'insuffisance de la dépuration urinaire.

Le septième jour, quelques taches rosées apparaissent.

Une angine ulcéreuse grave survient le huitième jour. De la congestion se montre aux deux poumons. Le cœur s'affaiblit progressivement.

Pas de délire, pas de convulsions, pas de phénomènes d'agitation. Prostration croissante.

Le dixième jour, légère excoriation sacrée entourée d'une raie de rougeur diffuse.

Le treizième jour, la malade meurt dans le coma.

Autopsie. — Congestion et ecchymoses des reins. L'urine trouvée dans la vessie est d'un brun grisâtre, contenant des cylindres, des globules rouges et du pus. Il n'est fait mention d'aucune altération des parois vésicales.

Conclusions

Signalée par tous les auteurs la rétention n'en est pas moins relativement rare.

Elle semble se montrer avec plus de fréquence dans le premier septénaire de la fièvre typhoïde mais on peut cependant dire qu'elle est de toutes les périodes et de toutes les formes.

Les lésions antérieures de l'appareil urinaire, le surmenage physique ou moral des sujets, ont probablement un rôle dans son apparition.

Le diagnostic de cette complication est facile, il suffit d'y penser .

Il faut la rechercher soigneusement par l'examen du malade, ne pas compter sur les signes fonctionnels et généraux, la plupart du temps inexistants. Seuls les signes physiques habituels à toute rétention permettront le diagnostic.

Elle ne paraît pas, sinon lorsqu'elle est précoce, témoigner d'une gravité spéciale de la fièvre typhoïde. L'apparition d'une rétention au cours de celle-ci ne modifie en rien le pronostic.

Il faudra traiter, dès qu'elles seront décelées, toutes les manifestations vésicales d'origine nerveuse de la fièvre typhoïde, pour éviter autant que possible, que cette rétention ne s'installe. Si cette dernière ne cède pas aux moyens médicaux, le cathétérisme évacuateur, employé tôt, et dans certains cas la sonde à demeure, malgré les inconvénients qu'ils peuvent présenter, seront les seuls moyens de traiter la rétention.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY..

Bibliographie

Chomel. — Leçons de clinique médicale : De la fièvre typhoïde : 1847, tome 1, p. 77.

Dictionnaire des Sciences Médicales 1816. — Article fièvre typhoïde, p. 435 et 443.

Dupuy. — Thèse 1925. Contribution à l'étude de l'action de la pilocarpine dans les rétentions d'urine d'origine nerveuse.

Fritz. — Etude clinique sur divers symptômes spinaux de la fièvre typhoïde, 1884.

Gaussail. — De la fièvre typhoïde, de sa nature et de son traitement, 1839.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 1841, tome I, 2e édition, p. 36.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, 1888.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne, 1841, tome I, 2e édition, p. 36 ; idem tome II, 6e édition, p. 810.

Jaccoud. — Clinique de la Pitié. Infection typhique maligne ; 2e leçon, p. 23, 1886-87.

Legueu. — Traité d'urologie.

Lévi-Lemierre. — Un cas de cystite à bacilles d'Eberth. Prophylaxie urinaire de la fièvre typhoïde. Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux, 1901.

Louis. — Recherches sur la maladie connue sous le nom de gastro-entérite, fièvre putride, adynamique, ataxique, typhoïde, 1829, tome I.

Maillard. — Thèse 1908-1909.

Marion. — Traité d'urologie.

Semaine Médicale. — Premier Congrès International d'Urologie : 7 octobre 1908.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, tome I, 6e édition, p. 82.

Roger-Widal-Teissier. — Traité de Médecine.